

Nombre del alumno: Dulce María Juárez Méndez

Nombre del tema: Practica de investigación

Parcial: 3

Nombre de la materia: Computación

Nombre del profesor: Evelio Calles Pérez

Nombre de la licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 1

Pichucalco, Chiapas, 12 de noviembre de 2023

Contenido

[Unidad 1: Fundamentos a la psicología de la salud 3](#_Toc150675760)

[1.1 Introducción a la psicología de la salud 3](#_Toc150675761)

[Algunas definiciones de psicología de la salud que podemos encontrar: 3](#_Toc150675762)

[1.2 Concepto de salud 4](#_Toc150675763)

[1.3 Origen de la conducta humana 6](#_Toc150675764)

[1.4 Importancia de la psicología de salud 7](#_Toc150675765)

[¿Qué objetivos tiene la psicología de la salud? 8](#_Toc150675766)

[Estos son los principales objetivos: 8](#_Toc150675767)

[1.5 Factores emocionales 9](#_Toc150675768)

[UNIDAD 2: Factores psicológicos de riesgo 10](#_Toc150675769)

[2.1 Ansiedad y estrés 10](#_Toc150675770)

[2.2 Ansiedad y personalidad 12](#_Toc150675771)

[Personalidad y temperamento 14](#_Toc150675772)

[2.3 Enfoque biomédico 15](#_Toc150675773)

[2.4 Teoría sobre la relación entre ansiedad y rendimiento 16](#_Toc150675774)

[UNIDAD 3: Compresión de las enfermedades 18](#_Toc150675775)

[3.1 Modelo de cognición social 18](#_Toc150675776)

[3.2 Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista 19](#_Toc150675777)

[¿Cuál es la importancia de la recolección de datos? 19](#_Toc150675778)

[Entrevistas 20](#_Toc150675779)

[Observación 20](#_Toc150675780)

[Encuestas 20](#_Toc150675781)

[Cuestionarios 21](#_Toc150675782)

[3.3 Psicología y sida 21](#_Toc150675783)

[3.4 Intervenciones psicológicas en COVID-19-: un modelo actual 22](#_Toc150675784)

[Unidad 4: Los estilos de vida saludable 23](#_Toc150675785)

[4.1 Variables físicas 23](#_Toc150675786)

[4.2 Variables psicológicas 23](#_Toc150675787)

[4.3 Variables espirituales 24](#_Toc150675788)

[4.4 Dimensión social 24](#_Toc150675789)

[Bibliografía 26](#_Toc150675790)

# Unidad 1: Fundamentos a la psicología de la salud

## Introducción a la psicología de la salud

La psicología de la salud parece tener sus orígenes en los años 70, siendo una de las causas de su aparición la necesidad de abordar el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos, que estaba enfocada en una respuesta de causa única relacionada con la biología y que pasaría a tomarse de una manera más integra tomando en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales, colaborando con otras disciplinas para mejorar la calidad de vida. (Anderson, 2001 )

En las últimas décadas este campo ha ido evolucionando aplicando nuevas estrategias en prevención e intervención que las diferencian de otras ramas de la psicología; sin embargo, aún existirían cuestiones que representan un reto en la actualidad como: el hecho de que la psicología de la salud no es considerada en cuanto a la atención a la salud se refiere, ya que se toma a la medicina como eje principal; por otro lado, la formación del profesional de la psicología de la salud es deficiente y no proporciona conocimientos teóricos ni metodológicos para hacer intervenciones adecuadas en esta área.

### Algunas definiciones de psicología de la salud que podemos encontrar:

Stone (1979) La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.

Matarazzo (1980) Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Torres y Beltrán (1986) Por psicología de la salud deben entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.

Bloom (1988) La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad Holtzman, Evans, Kennedy e

Iscoe (1988), La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.

Rodríguez y Palacios (1989) La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.

Tanto la promoción como la prevención son de las áreas específicas en donde actúa el profesional de la psicología de la salud. La primera se puede definir como la integración de acciones por parte de la población y las organizaciones con el objetivo de garantizar mejores condiciones de salud física, psíquica y social, más allá de la sola ausencia de enfermedad, haciendo énfasis en algunos temas como: la salud reproductiva, la salud en niños, salud en adolescentes, adultos y/o adultos mayores.

Por otra parte, la prevención es definida como un conjunto de acciones que tienen el objetivo de la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables

A pesar de los buenos diseños de promoción y prevención, los individuos en ocasiones se resisten a estos programas, lo que puede ser producto del carácter placentero que tienen los factores de riesgo para la persona u otras diferentes explicaciones acerca de las transgresiones que se puede tener contra la salud.

## Concepto de salud

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano.

No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona. Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano; un recurso para la vida (Gil Rodríguez,

León Rubio y Jarana Expósito, 1995). Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultad de experimentar salud o auto- percibir que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

Nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado

(San Martín, 1982).

Dubos (1975) sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”. En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan:

“Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental —emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental— emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico”.

Constituimos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante.

Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becona, Vázquez y Oblitas, 2000). En estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituye aspectos centrales de esta problemática humana. Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras, una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular; respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados; dormir

7-8 horas diarias; realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etcétera.

El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario:

\_ Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.

\_ Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.

\_ Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.

\_ Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

Esta nueva perspectiva implica desarrollar nuevas estrategias de comunicación, es decir, crear nuevas pautas interpersonales que aseguren la direccionalidad de la comunicación

(profesional-usuario). El paciente tiene que transformarse en agente de salud mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de auto vigilancia (Gil Rodríguez, Leon Rubio y Jarana Expósito, 1995).

Muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial. La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.

En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, en gran parte por razones económicas. Igualmente, se ha acrecentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, como controlar el dolor, con el cual, muchas veces, hay que convivir; formas para evitar el absentismo laboral e incrementar la productividad del trabajador y, en general, cómo mejorar integralmente la calidad de vida de las personas.

Los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables (Bandura, 1997).

Una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a enfermedades

cardiovasculares; hábitos como fumar, asociados fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardiacas; el consumo de alcohol y drogas, que afecta diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos.

## Origen de la conducta humana

Las conductas humanas, constituyen el conjunto de reacciones psíquicas de las personas, permitiendo conservar relaciones con el medio, mantienen el fenómeno de la vida y aseguran su continuidad. Es la forma de ser del individuo y el conjunto de acciones que efectúa con el fin de adecuarse a un ambiente. Es la respuesta a una motivación, traduciéndose motivación como todo lo que impulsa a un individuo a realizar una conducta. (Herbert, 1980)

La conducta del individuo, cuando se considera en un espacio y un tiempo determinado se conoce como comportamiento. La conducta ha sido centro de estudio de la psicología desde sus inicios. John B. Watson, representante de la psicología de la conducta o conductismo, postulaba que la psicología, en lugar de fundarse en la introspección, debía limitar su estudio a la observación del individuo en una situación determinada.

El estudio de la conducta indaga la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia o adolescencia, y va unido al estudio del desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte. La mayoría de los psicólogos de hoy acuerdan en que el objeto propio de las ciencias Psicológicas es la conducta humana.

Pero, por “Conducta humana” se entienden muchas representaciones artísticas más antiguas, que fueron encontradas en Francia, en las cuevas de Chauvet-Pont-d’Arc y Lascaux, cuyas edades se calculan en 31 000 y 17 000 años, respectivamente. Existen dos teorías al respecto, la primera señala que el origen del ser humano se dio en África hace más de 130 000 años, pero el comportamiento moderno se generó en Europa hace aproximadamente 40 000 de una manera muy abrupta, algunos piensan que incluso pudo deberse a una mutación genética.

La segunda coincide con la idea de un origen biológico africano, pero afirma que el comportamiento moderno también surgió ahí, en épocas mucho más remotas y que fue un proceso gradual. El gran inconveniente para quienes apoyan la segunda teoría ha sido la falta de evidencia arqueológica, pero recientemente un grupo de investigadores y estudiantes,

encabezado por Christopher Henshilwood, de la Universidad Estatal Stony Brook, de Nueva York, realizó un importante hallazgo en la Cueva Blombos, localizada en la punta sur de Sudáfrica, en una región que se encuentra de cara al Océano Índico: se encontraron piezas de hueso tallado, cuya antigüedad se calcula en aproximadamente 70

000 años, y más de 8 500 piezas de ocre (un mineral terroso de color rojo o amarillo, que es un óxido de hierro, el cual frecuentemente se encuentra mezclado con arcilla).

Pero son dos las que han logrado revivir el debate sobre el origen del comportamiento humano moderno: dos piezas de ocre rojo, grabadas con cruces geométricas. Según el investigador, las piezas fueron grabadas intencionalmente, y tienen un diseño geométrico y abstracto. En otras palabras, son obras de arte.

Sin que nadie le reste importancia al descubrimiento, una duda permanece: ¿Por qué no se han encontrado piezas similares en los cerca de 30 sitios arqueológicos de la misma época que se han localizado en África? Henshilwood opina que puede deberse a fallas en la metodología de estas excavaciones, que sus hallazgos son sólo la punta de un enorme iceberg y que pronto se harán nuevos descubrimientos en esta misma línea de investigación.

Pero independientemente del resultado de este debate, es emocionante pensar en el Homo sapiens, hombre o mujer, que hace más de 70 000 años se pasó horas y horas en una enorme cueva, tallando una pequeña piedra de menos de 80 milímetros de largo, quién sabe para qué, pensando quién sabe qué. Y dejando, sin siquiera imaginarlo, una huella innegable de que efectivamente ella o él pertenecían ya a una especie distinta a todas las que hasta ese momento habían poblado este ancho y largo planeta.

## Importancia de la psicología de salud

Tendiendo a la definición de psicología de la salud, esta se interesa por el comportamiento, actitud y procesos que pueden estar ocurriendo en un individuo de tal forma que afecten a su salud.

Y, en relación a ello, con algún tipo de patología existente que puede desarrollar o haya desarrollado como la ansiedad, o la depresión, por ejemplo.

Dentro de los diferentes tipos de psicología que existen, la psicología de la salud se contraen valorar la enfermedad, y qué procesos la engloban para que se produzca.

La psicología de la salud se encarga de valorar todos los factores emocionales, los relacionados con la conducta, y los cognitivos de tal forma que se pueda obtener una visión global para tratar enfermedades relacionadas con la disfunción de alguno de ellos.

Su aparición data del año 1978, cuando la American Psychological Association, aceptócrear la rama dedicada a la psicología de la salud.

El psicólogo que lleva a cabo las tareas relacionadas con la psicología de la salud se encarga de evaluar, observar al paciente, y comunicarse con él para trata las diferentes enfermedades que puedan existir. Por ejemplo, si un paciente acude con malestar y síntomas de ansiedad como insomnio, falta de respiración, agitación o tristeza, se encargará de evaluarlo para así empezar un tratamiento efectivo sobre la patología que tiene. En este caso habrá que determinar siempre el problema, y aplicarle la solución más adecuada. Si tiene miedo a conducir, habrá que aplicar por ejemplo una desensibilización sistemática que consista en aproximaciones a ese miedo de manera progresiva, además de una fase previa de reducción de estrés.

## ¿Qué objetivos tiene la psicología de la salud?

### Estos son los principales objetivos:

Fomentar la salud: Existen enfermedades que necesitan ser tratadas desde el punto de vista psicológico porque se requieren cambios de hábito y de actitudes, por ejemplo: perder peso.

La ayuda de un psicólogo será un aporte importante para conseguirlo, ya que no todas las enfermedades requieren de medicación, o de la medicina más tradicional.

Prevención de enfermedades: La psicología de la salud juega un papel muy importante en la prevención de las enfermedades. Por ejemplo, el tabaquismo, la obesidad, la anorexia, o la depresión.

Prevenir, exponer hábitos saludables y consejos para evitar que se generen determinadas patologías es algo esencial de lo que se encarga la psicología de la salud.

Investigación: La psicología de la salud debe también explorar el campo de la investigación ya que además de prevenir y aplicar tratamientos para las diferentes enfermedades, investigar es otro de sus cometidos para saber por qué aparecen estos problemas y la mejor forma de tratarlos.

Estudiar todos los factores: Pueden influir diversos factores psicológicos, conductuales, culturales, biológicos, entre otros, que influyan en la aparición de una enfermedad. En esta línea, la psicología de la salud se encarga de estudiar de forma global todos ellos para establecer el tratamiento más adecuado y conocer la base del origen del problema.

La relación entre psicología y salud ha generado un campo emergente de conocimiento cargado de múltiples posibilidades de desarrollo para las "ciencias psi". Entre ellas, pueden señalarse los desarrollos en psicoterapia, la psicología de la salud, la medicina conductual, la medicina psicosomática y la psicología de enlace, pudiendo considerarse dentro de ellos, incluso, asuntos relativos a disciplinas como la psiquiatría y el trabajo social.

Esta relación entre la psicología y la salud se ha tejido fundamentalmente en el escenario del modelo biomédico hegemónico, lo cual le ha permitido a la psicología insertarse dentro de los contextos propios de las llamadas "ciencias de la salud", adoptando no solo un lenguaje propio de dichas ciencias (enfermedad, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc.), sino también sus formas particulares de institucionalización (la clínica, el hospital, el consultorio) y su lógica de intervención (la cura mediante la modificación de variables ambientales, biológicas o psicológicas).

No obstante, las ciencias sociales -y con ellas la psicología- han problematizado esta noción de salud, enfatizando en que ésta constituye un fenómeno social y no solo un hecho (fact) natural.

En palabras de Schütz, "el mundo de la naturaleza, tal como lo explora el especialista en ciencias naturales, no 'significa' nada para las moléculas, átomos electrones. Pero el campo observacional del científico social, la realidad social, tiene significado específico y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, actuar y piensen dentro de él" (Schütz, 2003, p.79).

La salud, entendida como un fenómeno social, dinámico y de construcción colectiva, implica trascender el ámbito biológico-individual del modelo biomédico, para entender los procesos de salud y enfermedad como resultado de las complejas interacciones entre las condiciones históricas, económicas, políticas, sociales, culturales, biológicas y ambientales en las que se configura la vida de las personas y de los grupos humanos.

En este sentido, la salud se concibe como una construcción simbólica -de naturaleza lingüística que emerge en el entramado de relaciones entre sujetos que, en un contexto histórico particular, comparten unos valores, significados y prácticas en torno al cuerpo, al bienestar, a la enfermedad, a la vida y a la muerte; en consecuencia, la salud escapa a la reducción analítica del modelo biomédico, en favor de una lectura contextual, que reconoce las particularidades históricas, sociales y culturales de los diferentes escenarios en los que los sujetos nacen, viven, se relacionan, construyen sus proyectos, "se enferman" y mueren (Restrepo, 2012).

## Factores emocionales

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que todos experimentamos a diario aunque no siempre seamos conscientes de ello. Son de carácter universal, bastante independientes de la cultura y generan cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Surgen ante situaciones relevantes que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad…y nos preparan para poder dar una respuesta adaptativa a esa situación.

A lo largo de nuestra evolución como especie, gracias a las emociones hemos podido responder rápidamente ante aquellos estímulos que amenazaban nuestro bienestar físico o psicológico, garantizando nuestra supervivencia. Además de esta función primordial adaptativa, las emociones cumplen una función social y otra motivacional. A través de la primera, facilitan la interacción social, permitiendo la comunicación de los estados afectivos y promoviendo la conducta pro social. Y, por otra parte, la emoción es la encargada de energizar una conducta motivada, aquella caracterizada por poseer dirección e intensidad. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa y se ejecutará de forma más eficaz, adaptándose a cada exigencia.

El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad.

En un primer momento, las emociones se consideran adaptativas y dependerán de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este, y de la respuesta de afrontamiento que genere.

Existen estímulos emocionales objetivamente perturbadores que pueden no dejar secuelas, y al contrario, otros estímulos emocionales aparentemente inocuos pueden llegar a ocasionar un daño más o menos importante. La diferencia entre las dos posibilidades estriba en la percepción que cada persona tiene de esos estímulos.

Dependiendo de esa percepción, puede surgir una respuesta des adaptativa, es decir, permanecemos indefinidamente enfadados, tristes, ansiosos o aterrados, una vez desaparecido el estímulo inicial; con el consiguiente sobreesfuerzo, insostenible en el tiempo, y un sobrecoste en forma de trastorno de la salud, física y mental.

# UNIDAD 2: Factores psicológicos de riesgo

## 2.1 Ansiedad y estrés

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora, hace estudiar más para ese examen que preocupa, y mantiene alerta cuando se está hablando en público. En general, ayuda a enfrentarse a cualquier tipo de situaciones.

Sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de “nervios”. Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo.

Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de éste. Cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno.

Tiende a aceptarse cada vez más la idea de que el objeto de estudio de la psicopatología son los trastornos mentales. De esa manera se intenta sortear los problemas de estigmatización que conllevan términos como “anormal”, o adscripciones demasiado evidentes a determinados enfoques puestos de manifiesto por expresiones como “enfermedad mental”.

No obstante, denominar trastornos mentales al objeto de estudio de la psicopatología no resuelve

todos los problemas, puesto que se corre el peligro de dar a entender que se admite, implícitamente al menos, alguna clase de dualismo mente-cuerpo, lo cual establece una separación más aparente que real entre la patología mental y la somática.

El problema más grave de cualquier denominación que se emplee para referirse al objeto de estudio

de la psicopatología es que no existe una definición conceptual única (ni mucho menos operacional) que se aplique de manera general a todos los trastornos; algunos son definidos mejor por conceptos como “malestar”, otros como “descontrol”, “limitación”, “incapacidad”, “inflexibilidad”,

“desviación”, etc. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto general.

Es por ello que se adoptan soluciones de compromiso que abarcan todas esas posibilidades en definiciones como las que ofrece el sistema clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana,

DSM-IV (APA, 1995, p. XXI): Un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (como lo es el deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (como la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias.

Algunas personas se sienten ansiosas casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. En otros casos, las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, pueden llegar a suspenderse algunas actividades diarias. Otros trastornos se caracterizan por sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan.

Muchas personas entienden mal estos trastornos y piensan que quienes los padecen deberían sobreponerse a los síntomas que experimentan tan sólo mediante la fuerza de voluntad. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero existen estrategias que permiten aprender a controlar la ansiedad llevándola hasta niveles razonables, y aprovechar su carácter activador como motivación para que, en lugar de deteriorar el rendimiento, lo facilite.

Diferentes situaciones provocan diferentes grados de ansiedad. Situaciones de amenaza o peligro suelen ser muy ansiógenas; también lo son, en general, las situaciones de evaluación. Sin embargo, no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad ante una situación dada.

Hay personas que responden con tranquilidad en circunstancias complicadas, y otras a las que basta un peligro moderado para que experimenten altos niveles de ansiedad; otras, incluso, sienten ansiedad en ausencia de amenazas o peligros objetivos.

Las diferencias individuales, que juegan un papel muy importante en las respuestas de ansiedad, están muy relacionadas con la personalidad. Cuando la ansiedad es exagerada y supone un obstáculo significativo para la vida cotidiana (laboral, familiar, etc.), se habla de trastornos de ansiedad.

En niveles neurofisiológicos y neuroanatómicos se ha buscado la implicación de determinadas áreas del cerebro en las respuestas de ansiedad. La amígdala, por ejemplo, parece estar en su base, así como el sistema límbico y el sistema septohipocámpico. Estas estructuras tienen relación con las emociones en general, y con la ansiedad en particular.

Teorías como el condicionamiento clásico y el operante, así como el aprendizaje por observación, procesos que se conocen en la actualidad con gran profundidad, están en la base de modelos de muchas formas de comportamiento normal y patológico. Desde esta perspectiva, ansiedad se explica como el resultado de la formación de hábitos des adaptativos, aprendizajes que han dado lugar a conductas ineficaces o perjudiciales.

No todo lo que se aprende es beneficioso para el organismo. Si, ante una mala experiencia con un determinado animal, se asocia a éste con consecuencias aversivas, en el futuro el sujeto tenderá a evitarlo y, si debe enfrentarse con él, lo hará sufriendo elevados niveles de ansiedad.

En este caso, la adquisición de la fobia se explica bastante bien en virtud de las leyes que gobiernan el condicionamiento clásico, aunque un modelo más completo debe considerar también conceptos y principios correspondientes a otras formas de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante.

Estos enfoques tienen una estrecha relación con las teorías conductuales que se acaban de comentar, porque también presuponen que esas formas inadecuadas de pensamiento son básicamente aprendidas. La diferencia estriba en que la conducta observable (motora) no es el eje de la explicación, sino constructos no observables directamente (pensamiento, atención, etc.).

La “mente” se entiende en la mayor parte de estos modelos como un sistema de procesamiento de información, algo formalmente similar a un ordenador, pero de tipo biológico.

Por otra parte, los constructos pueden ser de diferentes tipos: estructurales, cuando se refieren a la arquitectura del sistema de procesamiento (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, etc); proposiciones, que son los contenidos almacenados; procesos, para referirse a las operaciones que se realizan con la información (codificación, almacenamiento, recuperación, etc.); y productos, que son los resultados finales del procesamiento (imágenes, pensamientos, etc.).

Diferentes teorías cognitivas recurren a alteraciones en una o más clases de los anteriores constructos para explicar la ansiedad y los trastornos que esta provoca: memoria a corto plazo sobrecargada, sesgos en la codificación o recuperación de información que hacen seleccionar con preferencia estímulos amenazadores (o interpretar equivocadamente estímulos neutros como señales de peligro), pensamientos automáticos inapropiados, etcétera.

Las teorías pertenecientes a esos tres niveles de explicación no son contradictorias, sino complementarias. Cada modelo enfoca la ansiedad desde una perspectiva diferente y, por lo tanto, considera distintas variables como causas posibles. Los modelos son siempre representaciones simplificadas del referente real, de manera que abstraen algunas características esenciales y eliminan otras. Inicialmente los modelos de la ansiedad que, como cualquier otro tipo de modelo científico, son muy esquemáticos, consideran simultáneamente sólo unas pocas variables y, en consecuencia, se parecen poco al referente real. Pero con el tiempo, el avance de la investigación hace que se puedan introducir más variables, con lo cual se torna más complejo y más parecido a la ansiedad real.

## 2.2 Ansiedad y personalidad

En psicología de la personalidad se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello se quiere decir que un individuo que “tiene” tal rasgo, tiende a comportarse de manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diversas situaciones (consistencia).

La persona con extroversión tiende a ser sociable durante la mayor parte del día, y casi todos los días, y también en diferentes entornos como el trabajo o una fiesta. El individuo con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y en gran variedad de situaciones.

En cambio, aquel con baja ansiedad rasgo, habitualmente se mantiene tranquilo en casi todo momento y en la mayor parte de situaciones. El estado hace referencia a la forma en que se encuentra una persona en un momento dado.

Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición basada en factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro.

Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas a desarrollar estados de ansiedad cuando interactúan con los estímulos antígenos del entorno.

Spielberger (1966) describía el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, lo suscitarían.

El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, y por tanto, a responder, a menudo, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en este momento (situación), son, en conjunto, factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Desde una concepción multidimensional del rasgo, existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así, por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir las situaciones sociales (o cualquier circunstancia que tuviese implícita una evaluación social) como amenazantes, lo cual desencadenaría, sólo entonces, su respuesta emocional ansiosa.

De la misma forma, los sujetos con alta ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pueden mantenerse calmados en situaciones extraordinarias, pero sufrirla ante situaciones corrientes. Desde una perspectiva más constitucionalista, los rasgos son entendidos como características de personalidad que, en gran parte, son hereditarias. Estas características se han relacionado a lo largo de la historia con la constitución física de los organismos.



Ilustración 1: La ansiedad puede interferir con nuestra personalidad.

### Personalidad y temperamento

Actualmente, para el especialista en la materia el concepto de personalidad engloba tanto la inteligencia como el temperamento, pero el conjunto de fenómenos que abarca el concepto de personalidad no estuvo siempre claro, produciéndose desacuerdos entre los investigadores más relevantes.

La definición de personalidad puede estar sujeta a diferentes propuestas, pero lo que subyace a las diversas concepciones es la referencia a aspectos relativamente estables de la conducta, cuya estabilidad es puesta de manifiesto incluso por las teorías del estímulo-res-puesta, según las cuales aquélla viene dada por los procesos de aprendizaje (entre los que se incluyen aquí los de generalización a situaciones análogas a la de adquisición de la conducta).

Pese a ello, tradicionalmente se ha atribuido al conductismo un punto de vista opuesto al de la estabilidad y la consistencia de la conducta. El hábito se refiere a modos de conducta directamente enraizados en lo observable. Un nivel superior de abstracción es el concepto de rasgo.

La agrupación de los hábitos da lugar a la construcción de una serie de propiedades disposiciones que son los rasgos; así, se dice que una persona es honesta (tiene el rasgo de honestidad) si en diferentes situaciones muestra modos de conducta relativamente estables (hábitos) que permiten calificarlo como tal.

Los rasgos deben diferenciarse de los estados por cuantos éstos, pese a situarse en el mismo nivel de abstracción, se definen por su carácter temporal, distinción que se debe a Allport (1937), quien definió los estados como “situaciones temporales de la mente y el ánimo”, aunque ya Marco

Tulio Cicerón, en el año 45 a. de C., distinguía entre estos dos conceptos: “no todos los hombres que están en algún momento ansiosos tienen un temperamento ansioso (...) al igual que existe una diferencia entre la intoxicación y la borrachera habitual, o entre ser galante y estar enamorado”.

Todavía a un nivel superior de abstracción se encuentran los tipos, que los griegos y Kant conceptualizaban categóricamente, pero que en la actualidad tienen un significado análogo al de los rasgos, aunque de mayor exclusividad. Los rasgos corresponden a lo que en análisis factorial se denominan factores primarios y los tipos a factores secundarios, resultantes de las correlaciones observadas entre rasgos.

Los tipos básicos se remontan a la distinción que hizo Hipócrates, según el predominio de uno de los cuatro humores corporales: sanguíneos, flemáticos, coléricos y melancólicos. Wundt utilizó esta descripción clásica de los tipos de temperamento, pero no de manera categorial sino dimensional, y Eysenck, además, aportaría procedimientos de medida de estas dimensiones.

En la base de estas clasificaciones del temperamento se encuentran, por lo tanto, las referencias a características corporales. Entre los autores que han seguido esta tradición a lo largo de la historia están: Porta (1540-1615), Sulzer (1720-1779), Lavater (1741-1861), Carus (1789-1869), y Gall (1758-1828), fundador de la frenología, disciplina que intentaba inferir a partir de la forma exterior del cráneo las características de las áreas cerebrales subyacentes, consideradas como sede de diversos sentidos.

## 2.3 Enfoque biomédico

Este enfoque, que caracteriza los trastornos mentales a partir de criterios fundamentalmente biológicos y que tiene sus raíces en los orígenes de la medicina, con Hipócrates, fue respaldado por algunos descubrimientos realizados en el siglo XIX, como la relación existente entre la sífilis y determinadas alteraciones psicopatológicas, y ya en nuestro siglo se consolidó gracias a la investigación y las aplicaciones de la psicofarmacología.

El modelo biomédico actual en psicopatología tiene sus premoniciones en Griesinger, Wernicke, Flechsig, Kalbhaum, Morel y muchos otros autores que coincidieron en la premisa de que los trastornos mentales deben ser considerados como enfermedades cerebrales, ya sean primarias o secundarias (padecimientos somáticos que afectan secundaria y eventualmente al cerebro, como el paludismo, la fiebre tifoidea, etc.). Los síntomas de los trastornos mentales se manifiestan en el ámbito de lo psíquico, pero son de naturaleza fisiológica.

Kraepelin es probablemente el autor que mejor sistematizó inicialmente este enfoque: a cada factor etiológico debe corresponder un cuadro clínico particular, un curso determinado y una anatomía patológica precisa.

Los diferentes tipos de enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos, en función de que su causa sea un agente externo (como un virus) que ataca al organismo (enfermedad infecciosa), un mal funcionamiento de algún órgano (enfermedad sistémica), o un trauma (enfermedad traumática). De estos tres modelos, el de enfermedad sistémica ha sido el que ha alcanzado una aplicación más extensa en una gran variedad de trastornos mentales.

En el paradigma convergen las investigaciones sobre alteraciones bioquímicas, que han dado lugar a una extensa literatura sobre la relación existente entre los neurotransmisores (sustancias que transmiten el impulso nervioso entre las neuronas) y los trastornos mentales.

Este enfoque otorga gran importancia al estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, pues en muchas ocasiones adopta una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) que toma en consideración tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

Se distinguen dos clases de indicadores de anomalías orgánicas o funcionales: los signos y los síntomas. Los primeros son indicadores objetivos de procesos orgánicos alterados, es decir, públicamente observables, mientras que los segundos son indicadores subjetivos de procesos orgánicos anómalos, es decir, percibidos por el propio sujeto. Al conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico determinado se le denomina síndrome.

La investigación sobre los aspectos biológicos de la conducta anormal y la industria organizada en torno al desarrollo de psicofármacos ha propiciado que el enfoque biomédico goce de gran prestigio en la actualidad, aunque se han criticado algunos inconvenientes asociados con él.

Por ejemplo:

Puede originar un reduccionismo radical que limite un conocimiento completo de todos los factores implicados en la determinación y el mantenimiento del comportamiento anormal.

Las relaciones de causa-efecto no van sólo desde el nivel biológico hacia el nivel psicológico, puesto que las variables psicológicas (hábitos, cogniciones, etc.) pueden ser también causa de determinados procesos biológicos. Estas relaciones de determinación recíprocas entre niveles no se fundamentan en presupuestos dualistas, sino que se apoyan en una filosofía monista emergentita, según la cual pueden distinguirse distintos niveles de organización de la realidad (físico, químico, biológico, psicológico y social) en función de la complejidad de los sistemas propios de cada uno de ellos.

Otro problema asociado con este enfoque es el tipo de paradigmas que se utilizan preferentemente. Al ser éstos modelos de laboratorio, y con frecuencia modelos animales, la posibilidad de generalización a la patología humana es menor que en enfoques en los que se tiende a trabajar, de preferencia, con seres humanos. Tiende a considerar al apaciente como un sujeto pasivo, pues no se le atribuye responsabilidad en el inicio, curso o desenlace del trastorno.

## 2.4 Teoría sobre la relación entre ansiedad y rendimiento

 En 1908, Yerkes y Dodson establecieron de forma experimental la relación de “U” invertida que existía entre el grado de activación del sujeto y su nivel de rendimiento en una tarea, de modo que éste era mayor cuando aquel descendía.

Después de un largo periodo de casi 50 años, Saranson y Mandler introdujeron un nuevo concepto: el de ansiedad de prueba, causante de la emisión de respuestas interferentes en el momento en que un sujeto es expuesto a situaciones de evaluación.

A partir de este momento, son diferentes las variables que se van estudiando en relación con el rendimiento y la ansiedad de prueba, entre otras, las auto instrucciones o diálogo interno del sujeto, el feedback sobre la ejecución, la dificultad de la tarea, la presión del tiempo, etcétera.

La conclusión general a la que llegan estos trabajos, es que los sujetos con alta ansiedad suelen mostrar pensamientos autos despreciativos y rumiativos sobre su ejecución, centrándose más en sí mismos que en la tarea, situación que es activada por la presión que la propia situación genera.

A partir de los años sesenta se inicia una serie de investigaciones encaminadas a delimitar cuáles son los componentes de la ansiedad de prueba y cómo influyen en el rendimiento. Entre ellos se encuentran la preocupación y la emocionalidad.

La primera se refiere a aspectos cognitivos tales como expectativas negativas acerca de uno mismo, de la situación, de las consecuencias de una mala ejecución, etc., en tanto que la segunda, se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su activación fisiológica ante la situación, manifestada ante todo por síntomas físicos de ansiedad: tensión muscular, aumento de las pulsaciones, sudoración, tensión en la zona gástrica, etcétera.

En las décadas de 1970 y 1980 se intenta explicar el proceso cognitivo por el cual la ansiedad produce deterioro del rendimiento, indicando que la dificultad proviene de que el sujeto focaliza su atención en aspectos internos tales como pensamientos auto evaluativos y despreciativos, en sus propias reacciones autonómicas, y no en la tarea.

Este modelo explicativo señala básicamente que dicho deterioro se produce por la interferencia en el momento de la recuperación del material aprendido. Las técnicas de entrenamiento atencional y de reducción de la ansiedad avalan estas hipótesis pues, cuando se han aplicado, ha mejorado sensiblemente el rendimiento.

Por último, los estudios más recientes basados en los modelos del procesamiento de la información parecen indicar que el deterioro del rendimiento de las personas con altonivel de ansiedad es debido tanto a problemas en la recuperación del material (fase de prueba o examen), como a dificultades de almacenamiento y organización de la información (fase de aprendizaje).

En la actualidad existe gran cantidad de evidencia que respalda la idea de que los efectos perjudiciales de ansiedad sobre el rendimiento se deben fundamentalmente a la preocupación que aparece en los estados de ansiedad, que lleva a actividades de procesamiento irrelevantes para la tarea. En el apartado siguiente se comenta con más extensión la relación entre preocupación y rendimiento.

Preocupación y rendimiento

De los diferentes trastornos de ansiedad, aquel que se caracteriza principalmente por la presencia de preocupaciones es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Bados (2000) ofrece algunos ejemplos de preocupaciones en pacientes con TAG:

a) Una madre se preocupaba porque la comida que preparaba para su bebé podía estar muy caliente y quemarlo; porque podría no oirlo llorar por la noche y quizás ahogar-se; porque podría pasar por alto algún signo o síntoma de enfermedad y tal vez el bebé enfermaría gravemente o moriría.

b) Un periodista se preocupaba porque creía que la gente que entrevistaba podría considerarlo inepto; porque su jefe podría rechazar sus artículos; porque los lectores podrían desaprobar lo que escribía; porque sus compañeros podían estar juzgando todo lo que hacía, y porque podía cometer un error grave que condujera a su despido.

c) Un psicólogo clínico en formación se preocupaba porque creía que trataba inadecuadamente a sus pacientes; porque una llamada telefónica sería; porque un paciente había recaído o había intentado suicidarse, y porque su supervisor podía desaprobar lo que hacía.

d) Una estudiante estaba preocupada porque creía que no rendía lo suficiente; que no estaba a la altura de sus compañeros; que no tenía tiempo suficiente para prepararse; que no lograría superar los exámenes, y que tendría que abandonar la carrera.

e) Un paciente se preocupaba por comentarios que había hecho a los amigos; por lo que éstos pudieran pensar de su forma de vestir; por no tener opiniones tan fundadas como ellos, y porque podían dejarle de lado.

f) Otro paciente estaba preocupado por la posibilidad de que él o alguien de su familia cayera gravemente enfermo; de quedarse sin trabajo, y de que su pareja le abandonara. Existen dos componentes de la vulnerabilidad psicológica ante la preocupación patológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Con frecuencia, los sujetos con TAG presentan características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad, las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educados por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos.

Pueden presentar también una vinculación o apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia.

En la imagen dos es algo parecido al uno, aquí baja su rendimiento físico.



En la imagen uno podemos ver como el joven baja su rendimiento académico debido a la ansiedad.

# UNIDAD 3: Compresión de las enfermedades

## 3.1 Modelo de cognición social

Se ha pensado que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones particulares de conducta que pueden ser modificados y que cualquier individuo puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar. (Martin, 1992 )

Las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb en 1966 como “cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática” (Conner y Norman, 1996).

Aunque ha sido una definición limitada, ha permitido el estudio de una variedad de conductas tales como el uso de los servicios médicos, la adherencia a los regímenes médicos y las conductas saludables auto dirigido.

Las conductas saludables estudiadas han sido tan diversas como la participación en programas de ejercicio y de alimentación saludable, la asistencia regular a las revisiones en la clínica privada, la vacunación contra enfermedades, el uso del condón, evitar conductas nocivas como fumar hasta las comunes del papel de enfermo como la adherencia al tratamiento médico.

Lo que unifica esas investigaciones es que lo estudiado tendrá un efecto a corto o a largo plazo sobre la salud del individuo y puede estar bajo su propio control (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996).

En el campo de la psicología de la salud, la identificación de los factores que subyacen a las conductas saludables ha motivado múltiples estudios guiados por la necesidad de conocer las razones que llevan a las personas a realizar esos comportamientos, con la finalidad de poder diseñar intervenciones que transformen la prevalencia de esas conductas y así contribuir a la salud de los individuos y de las poblaciones.

Dentro de los aspectos identificados, se hallan factores socio cognitivos que se refieren a como los individuos dan sentido a las situaciones sociales y se concentran en las cogniciones individuales o en pensamientos interpretados como procesos que intervienen entre los estímulos observables y las respuestas en situaciones reales especificas (Connery Norman, 1996); se les conoce como modelos de cognición social (MCS) y han contribuido a un mejor entendimiento de porque las personas emprenden conductas saludables (Marteau, 1993) y de como factores extrínsecos pueden producir cambios conductuales (Rutter, Quine y Chesham, 1993).

Esos modelos asumen que la conducta y las decisiones estarían basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, de tal manera que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada (Marteau, 1993; Conner y Norman,1996).

Tales juicios subyacen a muchos de los modelos de cognición social como los empleados en este trabajo que son el modelo de creencias en salud de Becker y Rosenstock, el de autoeficacia de

Bandura (1987) y el del valor asignado a la salud de Lau, Hartman y Ware (1986).

## 3.2 Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista

La recolección de datos es una de las actividades en donde deben agruparse y se recogen elementos que son importantes dentro de un contenido específico. Comúnmente se hacen con el fin de generar información importante para el desarrollo de un trabajo determinada o un proyecto.

Un ejemplo de ello es cuando se realizan recolecciones de información por medio de determinadas técnicas, siendo una de las más importantes las encuestas. En donde se puede formar una idea de lo que se desea hallar. Asimismo, este tipo de técnicas son usadas en sectores en donde el requerimiento es una prioridad. Tal cual como sucede en el caso de los periodistas.

Es importante tener en cuenta que la recolección de datos no solo se hace a través de una encuesta. También puede darse el caso de aplicar entrevistas o procesos de observación o consultas bibliográficas. Este tipo de aplicaciones son solo surten efectos en el ambiente educativo, son realmente útiles en el sector organizacional para determinadas labores. Como es el caso del Hacking ético o ciberseguridad.

### ¿Cuál es la importancia de la recolección de datos?

Es de destacar que la recolección de datos es un término que tiene largo rato de haberse empleado.

Cuando los conocimientos se dividieron en diversas ramificaciones. Por ende se otorgaron una serie de actividades de investigación que fueron ejecutadas por el ser humano.

El objetivo fundamental de la recolección de datos y es allí en donde actúa su importancia. Es la de obtener información que establezca resultados en determinado tema de estudio. Aplicada en diversas disciplinas o actividades, ya sea ciencias sociales, informática, económica, entre otros.

Las actividades que son empleadas son sumamente importante dentro de los procesos aplicados a la investigación. Debido a que le aportan mayor seguridad y confiabilidad al trabajo. Por lo tanto, la seriedad que presente el trabajo y los resultados son confiables. Además del establecimiento de preguntas y respuestas objetivas que darán una guía para la toma de decisiones.

Algunas de las técnicas que son empleadas en la recolección de datos dentro de una investigación

Generalmente dentro del término de recolección de datos se presentan cuatro técnicas que son fundamentales:

Las entrevistas.

Las encuestas.

La observación.

Los cuestionarios.

### Entrevista de trabajo: errores más comunes y cómo tener éxitoEntrevistas

Se trata de un diálogo en donde actúan el entrevistador y los entrevistados. Son conversaciones que se dirigen a una audiencia en particular y se estructuran con base en una pregunta seguida de una respuesta. Se podría decir que se presenta como un diálogo breve entre dos personas.

El fin es presentar una idea, un sentimiento o determinar una información a través de esta técnica.

Son fundamentales para la recolección de datos en cuanto a la opinión en particular de un grupo objetivo.

### Observación

Es una de las técnicas empleadas en las metodologías para la recolección de datos cualitativos. En donde se observa el objeto que será estudiado con el fin de que se determinen sus características. Para ello, se deben analizar las particularidades de la situación por medio de observación.

En donde al mismo tiempo se deben describir los elementos que se encuentran integrados y que son parte del objeto de estudio.

### Encuestas

Son una forma para recolectar información importante sobre un tema en específico.

Tratándose de preguntas definidas y simples que se dirigen a un porcentaje en particular de la población que debe ser estudiada. Al igual que las entrevistas, busca de generar información que sea de calidad y que permita obtener respuestas. Sin embargo, la aplicación de la misma actúa de manera distinta.

En la entrevista la interacción es directa, en comparación la encuesta la interacción es superficial en donde no necesariamente tiene que encontrarse físicamente el entrevistador.



### Cuestionarios

Los cuestionarios son importantes para la obtención de información en un determinado grupo de personas, no tomando en cuenta los análisis estadísticos. Si no más bien destacan a los datos que son recolectados y los cuales presentan diversas variaciones, tanto de orden cualitativo como cuantitativos.

## 3.3 Psicología y sida

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental: Cambios importantes en la vida, como la muerte de un ser querido o la pérdida de un empleo Experiencias de vida negativas, como abuso o trauma Factores biológicos que afectan los genes o la química cerebral Antecedentes familiares de problemas de salud mental Además de estos factores, el estrés de tener una enfermedad o afección médica grave, como el VIH, puede afectar negativamente la salud mental de una persona. Entre las situaciones que pueden contribuir a los trastornos de salud mental en las personas con el VIH cabe citar las siguientes: Dificultad para contarles a otras personas sobre el diagnóstico del VIH. Estigma y discriminación relacionados con el VIH. Pérdida de apoyo social y aislamiento. Dificultad para obtener servicios de atención de salud mental. En las personas con el VIH, la infección por el VIH y las infecciones oportunistas afines pueden afectar el cerebro y el sistema nervioso. Esto puede causar cambios en la forma en que una persona piensa y se comporta. Además, algunos medicamentos que se usan para tratar el VIH podrían tener efectos secundarios que afectan la salud mental de una persona. ¿Cuáles son las señales de alerta de un problema de salud mental? Los cambios en cómo se siente o actúa una persona pueden ser una señal de alerta de un problema de salud mental. Por ejemplo, entre las posibles señales de depresión se incluyen: Perder el interés en actividades que suelen ser agradables Sentir una tristeza persistente o sensación de vacío Sentir ansiedad o estrés Tener pensamientos suicidas Si tiene alguna señal de un problema de salud mental, es importante buscar ayuda. ¿Qué deben hacer las personas con el VIH si necesitan ayuda para tratar un trastorno de salud mental? Las personas con el VIH pueden hablar con su proveedor de atención médica para informarle cómo se sienten. Además, pueden informarle si tienen problemas de uso de drogas o de alcohol. El proveedor de atención médica determinará si alguno de sus medicamentos contra el VIH podría estar afectando su salud mental. También puede ayudarles a las personas con el VIH a encontrar un proveedor de atención de salud mental como un psiquiatra o terapeuta. A continuación, se citan otras formas en que las personas con el VIH pueden mejorar su salud mental: Unirse a un grupo de apoyo. Probar la meditación, el yoga o la respiración profunda para relajarse. Dormir lo suficiente, comer alimentos saludables y mantenerse físicamente activas. ara comenzar, es crucial aclarar que el tratamiento para el VIH debe ser multidisciplinar. Lo que implica un trabajo donde psicólogos y neuropsicología constituyen una parte fundamental del equipo. Esto se debe a que, durante el diagnóstico y tratamiento, se pueden presentar diferentes crisis (debido al impacto de la noticia, por ejemplo). Y es que, sabemos que existe una estrecha relación entre el estado emocional y el sistema inmune. Por ello, el acompañamiento debe comenzar desde el momento en el que se sospecha de la infección y la persona se va a realizar la prueba de confirmación. Siguiendo esta línea, los psicólogos pueden dar una explicación de los resultados (sea positivo o negativo) y las posibles vías de manejo. Este apoyo debe mantenerse durante el diagnóstico, pues es muy común que se presente una cascada de emociones y pensamientos de toda índole. Según Villa y Vinaccia (2006), las principales alteraciones a nivel psicológico implican pérdida de autoestima, sentimientos de aislamiento, culpabilidad, cambios en la imagen corporal, frustración y percepción de pérdida del control de la vida. Por lo tanto, el psicólogo ayuda a procesar la información presentada y la adaptación del estilo de vida. Y, esto permite disminuir el impacto psicológico del VIH. Ahora, entre otras consecuencias, muchas personas rechazan al diagnóstico. Además, al ser una crisis difícil de sobrellevar, pueden producirse otras situaciones de conflicto como la pérdida de trabajo o de pareja, incluso de amigos y familia. Todo esto conlleva que la persona con VIH enfrente un proceso de adaptación psicológica. Lo que quiere decir, llegar a un punto de aceptación de su nueva condición, desarrollo de herramientas para enfrentar las dificultades del diagnóstico y cambios duraderos en su vida para poder manejarlo.

## 3.4 Intervenciones psicológicas en COVID-19-: un modelo actual

En la dinámica de la enfermedad del Covid-19 se aprecia la relevancia de las conductas de las personas. La importancia de la identificación del comportamiento nos solo hace una comprensión más adecuada de la enfermedad, sino que permite diseñar, planificar las intervenciones más efectivas permitiendo en este caso a la Psicología poder aportar con todo su conocimiento científico de la Ciencia del comportamiento para el abordaje de esta Pandemia. En la figura. Se muestra un encadenamiento de comportamientos vinculadas a la fase de la enfermedad, desde los que todas las personas deben hacer hasta el momento de detección de la enfermedad (Poudel et al., 2020). De esta forma, ya se sabe cuáles serían las conductas preventivas; prácticas de higiene de manos, evitar el contacto público, uso de máscaras, detección de casos, localización de contactos, cuarentenas para reducir la transmisión. Ante la conducta de sospecha de presentar la enfermedad, primeros síntomas o el haber estado cerca de personas infectadas: acudir a centros de salud y realización de diagnóstico. Por último, si se ha detectado la presencia del virus en las personas comienza la realización del tratamiento que está vinculado nuevamente a conductas delimitadas y específicas como reposo y aislamiento y el tratamiento de los síntomas siguiendo las indicaciones médicas.

# Unidad 4: Los estilos de vida saludable

## 4.1 Variables físicas

La actividad física es una importante alternativa para una vida saludable, incluyendo no tener dolores, no disminuir nuestras capacidades, mantenerse mentalmente activo y no reducir involuntariamente nuestras actividades. La promoción de la práctica de actividad físico-deportiva se ha convertido en uno de los objetivos esenciales en la política educativa de la mayoría de los países desarrollados. Numerosas investigaciones destacan que el ejercicio físico adecuado, regular y sistemático mejora la salud y contribuye a la calidad de vida de manera notable. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Una práctica de actividad física-deportiva realizada bajo unos determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración está encuadrada dentro de los modelos o estilos de vida saludables. En este sentido, diversos estudios muestran que existen relaciones significativas entre la práctica de actividad física y la reducción de hábitos negativos para la salud de los adolescentes, como el consumo de tabaco y alcohol. Asimismo y, desde una consideración integral de la salud, hay que destacar los beneficios psicológicos y sociales de la misma, que convierten a la actividad físico-deportiva en un factor primordial para la contribución al desarrollo personal y social armónico en escolares y adolescentes, teniendo una marcada influencia en los hábitos de práctica durante la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 para conmemorar su aniversario en el Día Mundial de la Salud eligió el tema “Envejecimiento y Salud”, con el lema “la buena salud añade vida a los años”, e incidiendo en que para una buena salud es determinante la “actividad física”.

## 4.2 Variables psicológicas

 Las personas, muy en especial durante el periodo de la adolescencia, se enfrentan de continuo a nuevas situaciones que les ofrecen la posibilidad de consumir bebidas alcohólicas, de fumar o de adoptar otras muchas conductas de riesgo. Por muchas y variadas que sean las razones para llevar un estilo de vida saludable, son simultáneamente muy fuertes los factores socioculturales que juegan en contra de los buenos propósitos de hacer más ejercicio, de reducir la ingesta de alcohol o de alimentos, de llevar, en definitiva, una vida más sana. También resultan muy apreciados en nuestra sociedad logros como el estar en paz consigo mismo, la armonía interior y el bienestar psicológico cuya consecución suele justificar esfuerzos y sacrificios pero al mismo tiempo vivimos en una cultura hedonista que transmite mensajes a favor de la satisfacción inmediata de los impulsos y apetencias. Por eso mismo es relevante identificar qué mecanismos psicológicos se asocian con el mantenimiento de un estilo de vida adecuado tanto para la salud física como psicológica. Y uno de esos mecanismos es, tal como lo ponen de relieve los datos presentados en un reciente artículo nuestro (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006), el auto concepto físico por las relaciones que mantiene tanto con el bienestar psicológico subjetivo como con los hábitos de vida saludables.

## 4.3 Variables espirituales

 El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, excedió los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008). Actualmente, se cuenta con más de 1.200 estudios sobre espiritualidad y religión en el área de la salud, y es en los últimos veinte años cuando más se ha encontrado una fuerte relación entre religiosidad espiritualidad y salud física y mental en todo tipo de enfermedad. Incluso se ha abordado en procesos de divorcio y crisis emocionales (Koenig et al., 2001; Baldacchino & Buhagiar, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006). Modelos de espiritualidad en salud Recientemente, Koenig (2008) planteó cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad): Versión tradicional-histórica de espiritualidad Se caracteriza por la profunda religiosidad, la dedicación al servicio de la religión y los miembros de una comunidad y, la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida. En esta versión, la religión, la espiritualidad y la secularidad (laicidad) son recursos que pueden promover valores morales, conexiones con otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida. La versión tradicional-histórica de espiritualidad puede ser estudiada usando los métodos de investigación de las ciencias sociales y conductuales. La espiritualidad es aquí distinta las formas más superficiales o menos devotas de religión y de la secularidad (laicidad). Las personas espirituales pueden ser identificadas a través de medidas de participación religiosa que luego son comparadas con aquellas que son menos religiosas y con individuos seculares (laicos). La espiritualidad en esta versión es entonces un constructo completamente separado de las medidas de salud mental o física.

## 4.4 Dimensión social

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas. Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente, y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, y la vivenciada experiencias sociales. Enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el UNIVERSIDAD DEL SURESTE 131 lenguaje y la intención de comunicar. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano al resultar imposible ser humano en solitario. La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya se está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo, las costumbres que marcan cuales son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad, ésta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir. Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llegar a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena. De hecho, muchas de las necesidades humanas precisan de la interacción con otros para ser cubiertas. Se interioriza la cultura de la sociedad en la que se nace o en la que se vivía través de los procesos de socialización que, en última instancia, favorecen la construcción del sentido del yo de la pertenencia a un determinado grupo. Mediante los otros, se moldea a la persona hasta que ésta acepta por completo las normas y valores sociales característicos del grupo donde habita, los ajusta a su propia idiosincrasia, y obtiene un marco de referencia para percibir y comprender la realidad y actuar autónomamente en ella. Para ello se aprovechan diversos mecanismos de desarrollo como la imitación o el modelado. La construcción de la propia identidad es otro de los procesos sociales básicos. La conciencia de que existen otros conduce a la adquisición de la idea de uno mismo. El proceso de identificación va a permitir a la persona descubrir el significado de su propia existencia y la construcción de su proyecto vital, aspecto éste imprescindible para la autorrealización. En el contexto de la interacción con otros, la persona puede diferenciarse de los demás y reconocer sus similitudes con ellos. Obtiene así, entre otros, sentido de su cuerpo y de sí misma como algo que permanece aunque esté en cambio continuo; o la creencia en la propia valía. La persona se vincula con otras mediante el intercambio continuo de acciones, lo que implica el desempeño de roles y el ajuste del comportamiento. Ello incluye el desarrollo de procesos de apoyo y ayuda mutua, un ejemplo de los cuales es el cuidado a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

# Bibliografía

Anderson, R. (2001 ). *Aprendizaje y memoria: un enfoque integral.* Mexico, Trillas .

Herbert, B. (1980). *El efecto mente cuerpo: la medecina de la conducta, un camino para mejorar su salud.* Barcelona, Grijalbo.

Martin, S. (1992 ). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas: salud enfermedades. .* Mexico : La prensa Medica Mexicana .